



Sondage sur la COVID-19 pour les médecins de famille du CMFC (2022)

1) Dispensez-vous actuellement des soins cliniques ? *

- Oui
- Non

2) Veuillez décrire le(s) milieu(x) où vous dispensez des soins.

Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

- Clinique de médecine de famille
- Hôpital – Salle d'urgence
- Hôpital – Unité des soins intensifs
- Hôpital – Milieu hospitalier
- Hôpital – Clinique externe
- Établissement de soins de longue durée
- Foyer de soins prolongés/maison de retraite
- Soins virtuels depuis le domicile
- Domicile privé du patient/Visites à domicile
- Clinique communautaire – Autre milieu
- Autre (veuillez préciser) : *

3) Quel est votre MILIEU DE PRATIQUE PRINCIPAL ?

- Clinique de médecine de famille
- Hôpital – Salle d'urgence

- Hôpital – Unité des soins intensifs
- Hôpital – Milieu hospitalier
- Hôpital – Clinique externe
- Établissement de soins de longue durée
- Foyer de soins prolongés/maison de retraite
- Soins virtuels depuis le domicile
- Domicile privé du patient/Visites à domicile
- Clinique communautaire – Autre milieu
- Autre

RÉPONSE À LA COVID

4) Veuillez indiquer les mesures prises dans votre MILIEU DE PRATIQUE PRINCIPAL en réponse à la COVID-19.

Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

- Administration de vaccins contre la COVID-19
- Soins aux patients ambulatoires atteints de la COVID-19
- Soins aux patients hospitalisés atteints de la COVID-19
- Soins aux patients atteints de la « COVID longue »
- Nouveaux services ou services accrus de soins à domicile dispensés en personne
- Nouveaux programmes/services pour les patients présentant des risques élevés liés à la COVID-19.
- Contribution à la recherche et/ou aux études cliniques sur la COVID-19
- Participation aux comités consultatifs/de planification, aux groupes de travail ou aux autres groupes sur la COVID-19.
- Autres mesures en réponse à la COVID-19 (veuillez préciser) : *
- Aucune de ces réponses

5) Veuillez indiquer comment votre MILIEU DE PRATIQUE PRINCIPAL a eu recours/coordonné/collaboré avec les autorités sanitaires pendant la pandémie de COVID-19.

Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

- Suivi plus actif des conseils en santé publique afin de mieux éclairer la pratique.
- Communication directe avec les autorités sanitaires pour obtenir des informations sur la COVID-19 et/ou des conseils pratiques.
- Signalement des cas confirmés ou suspects de COVID-19 directement ou indirectement aux autorités sanitaires.
- Mon lieu de pratique a travaillé avec les autorités sanitaires pour administrer les vaccins contre la COVID-19.
- J'ai participé, ou mon lieu de pratique a participé, à des comités consultatifs/de planification, des groupes de travail ou des équipes spéciales des autorités sanitaires.
- Autre – Veuillez préciser : *
- N'a pas eu recours/coordonné/collaboré de manière différente avec les autorités de santé publique en raison de la pandémie de COVID-19

6) J'ai commencé ou augmenté la prestation de services de santé spécifiques en raison de la disponibilité réduite des services d'orientation secondaire.

- Oui
- Non

7) Veuillez indiquer quels services de santé vous avez commencés ou augmentés en raison de la disponibilité réduite des services d'orientation secondaire.

Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

- Soins en santé mentale
- Soins aux patients hospitalisés
- Soins dans les salles d'urgence
- Soins urgents non hospitaliers
- Accouchements obstétricaux
- Test Pap
- Ponction-biopsie de l'endomètre
- Biopsie de la peau – à l'emporte-pièce, exérèse ou par rasage
- Anesthésie locale du doigt ou de l'orteil
- Enlèvement de cérumen

- Aspiration de kystes mammaires
- Aspiration et/ou injection dans une articulation ou une bourse séreuse
- Autres services de soins de santé (veuillez préciser) : *

IMPACT DE LA COVID-19

8) Veuillez décrire votre expérience personnelle relativement à la COVID-19.

Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

- Je n'ai pas eu la COVID-19
- J'ai ou j'ai eu la COVID-19
- Je pense avoir eu la COVID-19, mais je n'en suis pas certain(e)
- Je présente des symptômes de la COVID longue
- J'ai repris le travail après avoir eu la COVID-19
- Combien de jours de travail avez-vous manqués parce que vous étiez atteint de la COVID-19 : *

9) La pandémie de COVID-19 vous a-t-elle affecté de l'une des façons suivantes ?

	Oui	Non	Incertain(e)	Préfère ne pas le dire
J'envisage de QUITTER LA PRATIQUE en raison de mes expériences professionnelles pendant la pandémie.	()	()	()	()
J'AI REPRIS LA PRATIQUE pour apporter mon aide pendant la pandémie.	()	()	()	()
J'ai personnellement été victime d'abus en tant que travailleur de la santé en raison de la pandémie.	()	()	()	()

	Oui	Non	Incertain(e)	Préfère ne pas le dire
J'ai des collègues qui ont été victimes d'abus en tant que travailleurs de la santé en raison de la pandémie.	()	()	()	()

10) Votre degré de confiance envers le système de soins de santé a-t-il changé en raison de sa performance pendant la pandémie ?

- Oui, il a augmenté
- Oui, il a baissé
- Non, il reste le même

SOINS VIRTUELS

11) À quelle fréquence utilisez-vous les technologies suivantes dans votre lieu de pratique pour dispenser des soins virtuels ?

	Très souvent	Souvent	Occasionnellement	Rarement	Jamais
Vidéo	()	()	()	()	()
Téléphone	()	()	()	()	()
Courriel	()	()	()	()	()
Message texte	()	()	()	()	()
Autre (veuillez préciser)	()	()	()	()	()

12) Veuillez indiquer les autres modes de soins virtuels que vous utilisez :

13) Environ quel pourcentage des consultations ou de contacts avec les patients dans votre lieu de pratique ont eu lieu sous forme virtuelle au cours de la dernière semaine ?

Veillez indiquer zéro s'il n'y en a eu aucun.

14) Lorsque vous dispensez des soins virtuels, quel pourcentage de votre temps est passé dans les lieux suivants :

- []% Soins virtuels dispensés dans une clinique de médecine de famille ou de soins primaires
- []% Soins virtuels dispensés dans un autre milieu clinique
- []% Soins virtuels dispensés depuis le domicile
- []% Soins virtuels dispensés dans un autre milieu

15) Quelle a été l'influence des soins virtuels sur l'accès aux soins et la qualité des soins offerts par vous et votre équipe?

Les soins virtuels...

	ont nui	n'ont pas eu d'effet sur	ont amélioré	indécis/incertain(e)
L'accès aux soins pour les patients	()	()	()	()
Les interactions et relations avec les patients	()	()	()	()
La prestation de soins collaboratifs par l'équipe de soins	()	()	()	()
La prestation de services de soins de santé procéduraux	()	()	()	()
La prise en charge des maladies chroniques	()	()	()	()

	ont nui	n'ont pas eu d'effet sur	ont amélioré	indécis/incertain(e)
La prestation de services de soins en santé mentale	()	()	()	()
L'évaluation/le diagnostic des problèmes de santé des nouveaux patients	()	()	()	()
L'équilibre vie personnelle et professionnelle	()	()	()	()

16) Veuillez estimer, pour chaque type de soins aux patients, le TEMPS QUE VOUS CONSACREZ actuellement à ces soins et celui que vous jugez être le temps adéquat pour une prise en charge optimale des patients après la pandémie.

	% en ce moment	% adéquat après la pandémie
Soins en personne	_____	_____
Soins dispensés par téléphone	_____	_____
Consultations vidéos	_____	_____
Soins par courriel/messages textes	_____	_____

VOTRE SANTÉ

17) Dans l'ensemble, comment décririez-vous votre sentiment de bien-être/mieux-être personnel actuel ?

- Je me sens mieux que jamais et au sommet de ma forme aux plans professionnel et personnel
- En général, je me sens plutôt bien, mais il y a des journées éprouvantes
- Je ne suis ni enchanté, ni épuisé ; j'ai un travail à faire
- Épuisé, mais je m'en sors — je trouve encore du sens à mon travail

- Épuisé et j'envisage un arrêt de travail ou j'ai été en arrêt de travail

18) Veuillez décrire votre état physique, mental et émotionnel actuel.

	Toujours	Souvent	Parfois	Rarement	Jamais/presque jamais
Vous sentez-vous fatigué(e) ?	()	()	()	()	()
Vous sentez-vous épuisé physiquement ?	()	()	()	()	()
Vous sentez-vous épuisé émotionnellement ?	()	()	()	()	()
Vous êtes-vous dit que vous n'en pouviez plus ?	()	()	()	()	()
Vous sentez-vous épuisé ?	()	()	()	()	()
Vous sentez-vous faible et sujet à des maladies ?	()	()	()	()	()
Vous sentez-vous épuisé à la fin de votre journée de travail ?	()	()	()	()	()
Vous sentez-vous épuisé le matin à l'idée de devoir affronter une nouvelle journée de travail ?	()	()	()	()	()
Avez-vous l'impression que chaque heure de travail est éprouvante ?	()	()	()	()	()
Avez-vous l'énergie suffisante pour votre famille et vos amis pendant les périodes de loisirs ?	()	()	()	()	()
Êtes-vous lassé de travailler avec des patients/clients ?	()	()	()	()	()
Vous arrive-t-il de vous demander combien de temps vous pourrez continuer à travailler avec des patients/clients ?	()	()	()	()	()

19) Veuillez décrire vos sentiments actuels à l'égard du travail.

	Dans une très large mesure	Dans une large mesure	Quelque peu	Dans une faible mesure	Dans une très faible mesure
Votre travail vous épuise-t-il émotionnellement ?	()	()	()	()	()
Votre travail vous frustre-t-il ?	()	()	()	()	()
Vous sentez-vous épuisé par votre travail ?	()	()	()	()	()
Avez-vous des difficultés à travailler avec des patients/clients ?	()	()	()	()	()
Le travail avec les patients/clients vous sape-t-il votre énergie ?	()	()	()	()	()
Trouvez-vous frustrant le travail avec les patients/clients ?	()	()	()	()	()
Avez-vous l'impression de donner plus que vous ne recevez en retour lorsque vous travaillez avec des patients/clients ?	()	()	()	()	()

PRIORITÉS ET PRÉOCCUPATIONS

20) Quel est votre niveau d'inquiétude concernant chacun des enjeux suivants liés à la COVID-19 ?

	Pas du tout inquiet	Légèrement inquiet	Quelque peu inquiet	Modérément inquiet	Extrêmement inquiet	Incertain(e)
Stress émotionnel/mental des patients	()	()	()	()	()	()
Risques pour la santé des patients liés à la baisse des interactions patient-médecin	()	()	()	()	()	()

	Pas du tout inquiet	Légèrement inquiet	Quelque peu inquiet	Modérément inquiet	Extrêmement inquiet	Incertain(e)
Patients orientés vers des soins virtuels alors qu'ils souhaitent voir un soignant en personne	()	()	()	()	()	()
Possibilité d'orienter les patients vers les soins secondaires en raison de la surcharge de travail dans le domaine en question	()	()	()	()	()	()
La santé des patients atteints de la « COVID longue ».	()	()	()	()	()	()
Conséquences négatives sur la santé en raison de l'assouplissement des restrictions sanitaires liées à la pandémie	()	()	()	()	()	()
Conséquences négatives sur la santé en raison du maintien des restrictions sanitaires liées à la pandémie	()	()	()	()	()	()
Nouveaux variants de la COVID entraînant des conséquences négatives sur la santé	()	()	()	()	()	()
Apprentissage perturbé chez les ÉTUDIANTS en médecine	()	()	()	()	()	()
Apprentissage perturbé chez les RÉSIDENTS en médecine	()	()	()	()	()	()

21) Le CMFC milite en faveur d'un soutien gouvernemental pertinent pour les médecins de famille comme vous. Veuillez sélectionner jusqu'à trois options dans la liste ci-dessous pour

**nous aider à concentrer nos efforts sur les domaines qui ont le plus besoin de soutien.
Quels sont les domaines de soins qui nécessitent un soutien additionnel après la COVID ?**

Sélectionnez jusqu'à 3 options.

- Soutien administratif supplémentaire (réduction de la paperasse)
- Possibilité de déconnecter et de ne pas être toujours sur appel ou disponible pour répondre à des messages
- Plus de fournisseurs dans ma région/Réduction du volume de patients à prendre en charge
- Abandon du modèle de rémunération à l'acte au profit d'un modèle de rémunération mixte.
- Soutien additionnel aux professionnels paramédicaux pour gérer le volume de travail (par exemple, les infirmières praticiennes).
- Amélioration de l'intégration des technologies de l'information (p. ex., DME)
- Un meilleur accès aux médecins remplaçants
- Une meilleure compréhension de mes patients quant aux façons les plus efficaces de trouver des soins et d'en bénéficier
- Soutien technologique additionnel
- Autre, veuillez préciser... *

DESCRIPTION DE LA PRATIQUE

22) Mis à part le travail de garde, combien d'heures travaillez-vous en moyenne par semaine ?

23) Veuillez estimer le nombre moyen d'heures de garde que vous effectuez par mois :

24) Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre volume de travail actuel ?

- Travail à un rythme inférieur à la charge de travail souhaitée
- Travail au rythme souhaité
- Travail à un rythme supérieur à la charge de travail souhaitée

25) Quelle est la proportion approximative de vos revenus professionnels provenant de ces différentes sources de paiement ?

Le total doit être de cent pour cent.

- []% Rémunération à l'acte
- []% Salaire
- []% Par capitation
- [] % Par consultation/à la journée/à l'heure
- []% Contrat de service
- []% Mesures incitatives et primes
- []% Autres

26) Avec quel type de population votre milieu de pratique principal travaille-t-il principalement ?

- Population urbaine/de banlieue
- Petite ville
- Population rurale
- Géographiquement isolée/éloignée
- Incapable de déterminer une population géographique principale

27) Veuillez nous faire part de toute autre réflexion que vous n'avez pas eu l'occasion de nous exprimer plus haut dans ce sondage.

Merci !

Nous vous remercions d'avoir répondu à notre sondage. Vos réponses sont très importantes pour nous.